

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00021 vom 16. November 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-11-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2004.00021

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00021 du 16 novembre 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00021 del 16 novembre 2004

Erwägungen

E. 1.1

C.____, geboren 1963, war seit 1. Mai 1991 als Hilfsarbeiter bei der A.____ tätig (Urk. 17/83 Ziff. 1, Ziff. 5; Urk. 17/95 Ziff. 1, Ziff. 6), wobei er dort seit dem 9. Juli 2001 maximal zwei Stunden pro Tag arbeitete (Urk. 17/83/3). Am 17. Juli 1998 meldete er sich, vertreten durch Regula Schwaller, Zürich, wegen eines chronischen paravertebralen Schmerzsyndroms und einer Diskusprotrusion auf Höhe L5/S1 und Th7/Th8 bei der Invalidenversicherung zum Bezug von Leistungen (Berufsberatung, Umschulung auf eine neue Tätigkeit, Wiedereinschulung in die bisherige Tätigkeit und Arbeitsvermittlung) an (Urk. 17/96 Ziff. 7.8, S. 7). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte verschiedene medizinische Berichte (Urk. 17/34 - 47) sowie einen Arbeitgeberbericht (Urk. 17/95) ein und veranlasste eine Begutachtung durch die Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) am Kantonsspital B.____ (Urk. 17/32, Urk. 17/45/1). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 17/28, Urk. 17/88) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 12. September 2000 (Urk. 17/24) bei einem Invaliditätsgrad von 60 % eine halbe Rente mit Wirkung ab dem 1. Februar 1999, eine Zusatzrente für die Ehegattin sowie zwei Kinderrenten zu. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 1.2

Mit Schreiben vom 23. August 2001 (Urk. 17/84 = Urk. 17/85) stellte der Versicherte, weiterhin vertreten durch Regula Schwaller, ein Revisionsgesuch. Daraufhin veranlasste die IV-Stelle eine psychiatrische Begutachtung (Urk. 17/22, Urk. 17/38) und holte erneut einen Arbeitgeberbericht ein (Urk. 17/83). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 17/17, Urk. 6/2 = Urk. 17/16 = Urk. 17/78) wies die IV-Stelle das Revisionsbegehren mit Verfügung vom 24. Juli 2002 ab (Urk. 17/14 = Urk. 17/72). Auch diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 1.3

Mit Schreiben vom 29. Juli 2002 (Urk. 17/74) beantragte der Versicherte, weiterhin vertreten durch Regula Schwaller, wiedererwägungsweise die Aufhebung der Verfügung vom 24. Juli 2002. Daraufhin veranlasste die IV-Stelle eine erneute MEDAS - Begutachtung des Versicherten durch das Institut L.____ (Urk. 17/10, Urk. 17/35).

E. 1.4

Am 29. August 2002 wurde das Arbeitsverhältnis zwischen der A.____ und dem Versicherten in gegenseitigem Einvernehmen per 30. September 2002 aufgelöst (Urk. 17/69/2) und per 1. Oktober 2002 eine Teilpensionierung aus medizinischen Gründen im

Rahmen von 85 % vereinbart (Urk. 17/69/1).

E. 1.5

Mit Verfügung vom 27. August 2003 hob die IV-Stelle die Rente des Versicherten per Ende September 2003 auf (Urk. 3 = Urk. 17/7 = Urk. 17/56). Dagegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Regula Schwaller, am 3. September 2003 Einsprache (Urk. 17/61), welche am 29. September 2003 ergänzt wurde (Urk. 6/4 = Urk. 17/57). Die IV-Stelle wies die Einsprache am 26. November 2003 ab (Urk. 2 = Urk. 17/1).

2.         Gegen den Einspracheentscheid vom 26. November 2003 (Urk. 2) erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Regula Schwaller, am 8. Januar 2004 Beschwerde mit dem Antrag auf Zusprache einer Rente von mindestens 60 %, rückwirkend ab Aufhebung der Rente, auf Berücksichtigung weiterer ärztlicher Berichte und eventueller Rückweisung der Sache zur Neu Beurteilung (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 30. April 2004 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (Urk. 16). Daraufhin wurde der Schriftenwechsel mit Verf gung vom 5. Mai 2004 geschlossen (Urk. 18).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.        

 ndert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demgemäss nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (vgl. BGE 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverf gung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides (vgl. BGE 125 V 369 Erw. 2 mit Hinweis; AHI 2000 S. 309 Erw. 1b mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten ist dagegen nach st ndiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (vgl. BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a).

1.2         Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverf gung lediglich nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverf gungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verf gung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Sie ist verpflichtet, darauf zurückzukommen, wenn neue Tatsachen oder neue Beweismittel entdeckt werden, die geeignet sind, zu einer andern rechtlichen Beurteilung zu führen (vgl. BGE 110 V 178 Erw. 2a, 292 Erw. 1 mit Hinweisen; seit 1. Januar 2003 Art. 53 Abs. 2 ATSG). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung

gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schätzen, dass die ursprüngliche Rentenverfägung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (vgl. BGE 125 V 369 Erw. 2 mit Hinweisen).

1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfägung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

1.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

2.1 Strittig ist die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die Rente des Beschwerdegegners zu Recht aufgehoben hat.

2.2 Die Beschwerdegegnerin machte gestützt auf das im Revisionsverfahren eingeholte MEDAS-Gutachten des Instituts L. ___ vom 13. Juni 2003 geltend, dass dem Beschwerdeführer auf Grund des aktuellen Gesundheitszustandes eine der Behinderung angepasste, leichte Erwerbstätigkeit vollumfänglich zumutbar wäre. In diesem MEDAS-Gutachten würden praktisch dieselben Befunde wie in den früheren Arztberichten erhoben, jedoch werde die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anders gewichtet, da die vorliegenden Befunde keine wesentliche behinderungsbedingte Einschränkung belegen könnten. Entsprechend sei die Erzielung eines rentenausschliessenden Einkommens möglich (Urk. 2 lit. g, h).

2.3 Der Beschwerdeführer hielt dem entgegen, dass er keine Möglichkeit sehe, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Er habe 1993 einen Unfall mit Hirnerschütterung erlitten. Die möglichen Folgeschäden aus diesem Unfall seien im MEDAS-Gutachten des Instituts L. ___ nicht berücksichtigt worden, weshalb ein Fachexperte die Kausalität zwischen dem Unfall und der heutigen Arbeitsunfähigkeit untersuchen müsse. Auch die früheren Untersuchungen seien mangels Kenntnis dieses Unfalles in eine falsche Richtung geleitet worden (Urk. 1 S. 3).

E. 3.1

Mit Bericht vom 21. Juli 1998 (Urk. 17/47/2) diagnostizierten die Ärzte der Orthopädischen Universitätsklinik D. ___ (Klinik D. ___) ein panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausstrahlung. Der Beschwerdeführer leide seit Februar 1998 unter panvertebralen Schmerzen, die sich unter konservativer und symptomatischer Therapie nicht gebessert hätten. Als A. ___ angestellter bestehe seit dem

16. Februar 1998 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Es handle sich um Dauerschmerzen mit Zunahme bei Belastung, Schmerzprovokation beim Gehen und längeren Sitzen. Anamnestisch bestehe kein Husten-, Nies- oder Pressschmerz. Die klinische Untersuchung zeige einen Muskelhartspann paravertebral im Bereich der gesamten Wirbelsäule mit Punctum maximum am lumbosakralen Übergang. Eine radikuläre Problematik könne nicht nachgewiesen werden. Es bestehe eine ausgeprägte Bewegungseinschränkung der gesamten Wirbelsäule, wobei auch hier keine radikuläre Problematik nachgewiesen werden könne. Die MR-Tomographie zeige einerseits eine Diskusprotrusion Th7/8, wobei ein Kontakt zum Duralschlauch bestehe. Eine Kompression des Myelons werde nicht nachgewiesen. Andererseits bestehe eine Segmentdegeneration L5/S1 mit medianer Diskusprotrusion ohne Kontakt zur Nervenwurzel oder dem Duralschlauch. Die MRI-Beurteilung vom 16. März 1998 beschreibe eine Diskushernie C7/C8. Aufgrund der vorliegenden MRI-Bilder und der Beschreibung C7/C8 handle es sich um einen Schreibfehler und es würden die Niveaus Th7 und Th8 beschrieben (Urk. 17/47/2 S. 1). Durch eine Operation könne die Situation des Patienten nicht wesentlich verbessert werden; man könne ihm aber ein stationäres Rehabilitationsprogramm auf der Rheumatologie im Hause anbieten. Vorgesehen wäre eine intensive Rückenrehabilitation und Evaluation des Rehabilitationspotentials (Urk. 17/47/2 S. 2).

E. 3.2

Dr. med. E. ____, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin, beurteilte den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in ihrem Bericht vom 10. August 1998 (Urk. 17/46) als stationär (Urk. 17/46 Ziff. 1.4). Es habe seit dem 16. Februar 1998 bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich bestanden (Urk. 17/46 Ziff. 1.5). Dr. E. ____, diagnostizierte ein chronisches Cervico- und Lumbovertebralsyndrom sowie ein rezidivierendes cervicoradikulares Reizsyndrom C7 beidseitig bei medialer Diskushernie C7/C8 sowie Protrusion L5/S1, ein beginnendes Fibromyalgiesyndrom sowie eine depressive Entwicklung (Urk. 17/46 Ziff. 3). Der Beschwerdeführer leide unter weitgehend therapieresistenten Schmerzen im Nacken-Schultergürtel sowie im lumbosakralen Bereich mit vorwiegend spondylogenen Ausstrahlungen in beide Arme und Beine, Dauerschmerz im Rücken mit Zunahme bei Belastung und Provokation der Ausstrahlungen beim Gehen und längeren Sitzen. Objektiv bestehe eine sehr stark eingeschränkte Beweglichkeit der gesamten Wirbelsäule, wobei sämtliche forcierten Bewegungen heftige Schmerzen im ganzen Rücken auslösten. Als Hilfsarbeiter bei der A. ____, könne der Beschwerdeführer seine Arbeit nicht mehr aufnehmen, da die bisherigen Versuche nach einigen Stunden wegen akuter Exazerbation der Schmerzen gescheitert seien (Urk. 17/46 Ziff. 4.1). Langes Stehen oder Sitzen sowie das Heben und Tragen schwerer Lasten sei zu vermeiden. Leichtere Speditions- oder Büroarbeiten seien als Tätigkeit geeignet und zu zirka 50 % zumutbar; ab wann könne noch nicht gesagt werden (Urk. 17/46 S. 3 lit. b-e).

E. 3.3

In einem weiteren Bericht vom 12. Oktober 1998 (Urk. 17/44/2) stellten die Ärzte der Klinik D. ____, folgende Diagnose (Urk. 17/44/2 S. 1):

"Panvertebralsyndrom

- Wirbelsäulenfehlhaltung / -fehlform

- Diskushernie Th7/8

- Mediane Diskusprotrusion L5/S1

Schmerzverarbeitungsstörung bei depressiver Grundstimmung".

Seit Februar 1998 müsse eine panvertebrale Symptomatik verzeichnet werden, wobei vorwiegend der thorakolumbale Übergang und tieflumbale Schmerzen angegeben würden. Es handle sich um einen Dauerschmerz, wobei keine Entlastungsstellung bestehe. Trotz medikamentöser Behandlung trete keine Schmerzlinderung ein. Auch physiotherapeutische Behandlungsschritte seien ineffektiv geblieben. Zudem würden zervikale Schmerzen im Sinne eines zervikovertebralen Schmerzsyndroms angegeben, anscheinend ebenfalls dauernd. Es traten keine Ausstrahlungen in die Arme, keine Kopfschmerzen und keine Schwindelsensationen auf; die Beschwerden seien vorwiegend belastungsabhängig. Die freie Gehstrecke sei stark eingeschränkt, wobei sich der Beschwerdeführer nach 15 Minuten setzen müsse (Urk. 17/44/2 S. 1).

Er sei am 22. September 1998 zur stationären Therapie bei Panvertebralsyndrom zugewiesen worden. Die angefertigten radiologischen und neurologischen Untersuchungen seien insgesamt unauffällig gewesen. Gleichzeitig zeige sich eine gewisse Diskrepanz zwischen den objektivierbaren und den vom Beschwerdeführer angegebenen Befunden, so dass eine Schmerzverarbeitungsstörung mit deutlich depressiver Komponente habe postuliert werden müssen. Es sei eine Therapie zur sanften Stabilisation und Kräftigung der Muskulatur initialisiert und daneben eine analgetische und eine schmerzdistanzierende medikamentöse Therapie eingesetzt worden. Trotz dieser Massnahmen sei es zu einer ausgesprochenen Symptomausweitung gekommen. Eine adäquate Therapie sei nicht möglich gewesen. Der Beschwerdeführer habe physikalische Übungen sehr schlecht toleriert und eher mit mehr Beschwerden reagiert. Er habe am 7. Oktober 1998 entlassen werden können; gegenüber den Eintrittsbefunden und den geschilderten Beschwerden habe sich keine Änderung ergeben. Die therapeutischen Optionen seien in diesem Fall wohl ausgeschöpft; man empfehle bei dieser deutlichen Schmerzverarbeitungsstörung und Depression eine psychiatrische Behandlung. Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer für eine leichte körperliche Arbeit zu 100% arbeitsfähig. Ein Arbeitsversuch solle primär mit einem 50%igen Pensum erfolgen; anschliessend könne eine schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit durchgeführt werden (Urk. 17/44/2 S. 3).

E. 3.4

Das Gutachten der MEDAS am Kantonsspital B. ___ datiert vom 27. September 1999 (Urk. 17/45/1) und wurde unter Einbezug der vorhandenen Akten und nach Durchführung einer internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung erstellt (Urk. 17/45/1 S. 1, Ziff. 1.2). Die Diagnose ergab eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit deutlicher Aggravierung durch eine psychische Überlagerung bei einer eher einfach strukturierten Persönlichkeit sowie ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom mit multiplen vegetativen Begleitbeschwerden bei dem üblichen Altersausmass nur wenig übersteigenden degenerativen Veränderungen (Urk. 17/45/1 Ziff. 3.1).

Die MEDAS-Ärzte am Kantonsspital B. ___ hielten in ihrer interdisziplinären Beurteilung fest, dass der Beschwerdeführer bei der aktuellen Untersuchung weiterhin von dauernd vorhandenen, über den ganzen Rücken sich ausbreitenden Schmerzen

berichtet habe, die mit multiplen vegetativen Begleitbeschwerden wie rascher Ermüdbarkeit, Kraftlosigkeit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und gastrointestinales Beschwerden einhergingen. Das ausgedehnte, vorwiegend panvertebrales Schmerzsyndrom sei klinisch, radiologisch und labormässig weiterhin wenig objektivierbar. Es fänden sich viele Zeichen für nicht organisches Krankheitsverhalten. Zu nennen seien die dauernd vorhandenen, diffus ausgebreiteten Schmerzen, welche auf der Schmerzskala als sehr hoch angegeben würden; die aufgeführten simulierten Tests, das ausgesprochene Verdeutlichungsverhalten sowie die Erfolglosigkeit sämtlicher Behandlungen. Psychiatrischerseits stehe weiterhin eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund, mit deutlicher Aggravierung durch eine psychische Überlagerung bei einer eher einfach strukturierten Persönlichkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine schwere Arbeit nicht mehr zumutbar (Urk. 17/45/1 Ziff. 4).

Dessen Arbeitsfähigkeit werde subjektiv durch ein ausgedehntes chronisches Schmerzsyndrom mit multiplen Begleitbeschwerden bestimmt. Psychische Faktoren, welche mit den funktionellen Beschwerden eng verflochten seien, ständen weit im Vordergrund. Unter Beachtung aller Aspekte sei für eine körperliche Schwerarbeit keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. Die Einschränkung für eine körperlich eher leichtere, ortsanangepasste Tätigkeit wurde auf 50 % geschätzt (Urk. 17/45/1 Ziff. 5.2). Eine psychiatrische Behandlung werde weiterhin nötig sein, damit sich der Zustand des Beschwerdeführers zumindest nicht verschlechtere. Weitere somatische Abklärungen und Behandlungen erschienen hingegen wenig sinnvoll und dürften den Beschwerdeführer eher in seiner Auffassung beständigen, körperlich schwer krank zu sein (Urk. 17/45/1 Ziff. 5.3). Aufgrund der bisherigen Entwicklung mit Chronifizierung eines ausgebreiteten Schmerzsyndroms und Fixierung auf diese Beschwerden müsse die Prognose mit Skepsis gesehen werden. Es spielten dabei auch wesentliche, IV-rechtlich nicht relevante Faktoren eine Rolle: Kaum vorhandene Deutschkenntnisse, minimale Schul- und fehlende Berufsausbildung, Emigrationsproblematik, familiäre Faktoren. Aus psychiatrischer Sicht werde empfohlen, Wiedereingliederungs- und Umschulungsmassnahmen in Erwägung zu ziehen. Deren Erfolgsaussichten müssten allerdings aufgrund der aufgeführten Faktoren eher skeptisch gesehen werden (Urk. 17/45/1 Ziff. 5.4).

E. 3.5

Dr. med. F. ____, Oberarzt an der Klinik D. __ (vgl. Urk. 17/44/2), hielt mit Zwischenbericht vom 9. Februar 2000 (Urk. 17/43) fest, dass der Beschwerdeführer seit seiner Spitalentlassung am 7. Oktober 1998 nicht mehr in der Klinik D. __ untersucht worden sei, weshalb man über die aktuelle Arbeitsfähigkeit keine Auskunft geben könne. Die Diagnose vom 12. Oktober 1998 (Urk. 17/44/2 S. 1) wurde wiederholt (Urk. 17/43 Ziff. 2):

"Panvertebralsyndrom bei

- Wirbelsäulenfehlhaltung / -fehlform
- Diskushernie Th7/8
- Mediane Diskusprotrusion L5/S1

Schmerzverarbeitungsstörung bei depressiver Grundstimmung".

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine ergänzende medizinische Abklärung der Arbeitsunfähigkeit erachtete Dr. F. __ als nicht angezeigt, da diese bereits im August 1999 von der MEDAS

B.____ durchgefÄ¼hrt worden sei (Urk. 17/43 Ziff. 6).

E. 3.6

Mit Zwischenbericht vom 11. Februar 2000 (Urk. 17/42)

diagnostizierte Dr. E.____ ein chronisches cervicoradikulÄ¼res Reizsyndrom C7 beidseitig bei medialer Diskushernie C7/C8, ein chronisches lumbospondylogenes und rezidivierendes lumboradikulÄ¼res Reizsyndrom bei Protrusion L5/S1, ein Fibromyalgiesyndrom sowie eine depressive Entwicklung (Urk. 17/42 Ziff. 2). Als gegenwÄ¼rtige Behandlung wurden intermittierend Lokalinfiltrationen, Injektionen sowie physikalische und diverse medikamentÄ¼se Therapien angegeben, wobei sich der Gesundheitszustand des BeschwerdefÄ¼hrers in letzter Zeit nicht wesentlich verÄ¼ndert habe. Allerdings sei der Verlauf wechselhaft (Urk. 17/42 Ziff. 4). Es bestehe nach wie vor bis auf Weiteres eine 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit (Urk. 17/42 Ziff. 5).

E. 3.7

Dr. med. G.____, Facharzt FMH fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 10. MÄ¼rz 2000 (Urk. 17/41) eine anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¼rung mit depressiver Episode (Urk. 17/41/1 Ziff. 3). Der BeschwerdefÄ¼hrer bedÄ¼rfe seit 1999 und bis auf Weiteres der Psychotherapie. Dessen Gesundheitszustand sei stationÄ¼r (Urk. 17/41/1 Ziff. 1.3, Ziff. 1.4). Vom 16. Februar 1998 bis zum 5. April 1999 sei der BeschwerdefÄ¼hrer zu 100 %, vom 6. bis zum 30. April 1999 zu 70 %, vom 1. bis 22. Juni 1999 zu 85 % und sodann seit Juni 1999 bis heute wieder zu 100 % arbeitsunfÄ¼hig gewesen (Urk. 17/41/1 Ziff. 1.5). Die Dauerschmerzen und die gestÄ¼rte Konzentration sowie der Mangel an Schulbildung wirkten auf einen Schulbesuch hinderlich. Eine berufliche Reintegration sei jedoch lÄ¼ngerfristig aus psychosozialen GrÄ¼nden empfehlenswert (Urk. 17/41/1 Ziff. 2). Konzentration und AufnahmefÄ¼higkeit seien vermindert. Die Gedanken des BeschwerdefÄ¼hrers kreisten um die Schmerzen und um die existentiellen Sorgen, es bestÄ¼nden keine inhaltlichen StÄ¼rungen. Die Grundstimmung sei gesenkt, dysphorisch, Ä¼ngstlich, larmoyant, innerlich unruhig mit InsuffizienzgefÄ¼hlen. Der Antrieb sei vermindert (Urk. 17/41/1 Ziff. 4.3). Infolge der Dauerschmerzen und der Schmerzverarbeitungsschwierigkeiten werde eine lÄ¼ngerdauernde TÄ¼tigkeit, vor allem in derselben Position, unmÄ¼glich. Es solle eine leichte TÄ¼tigkeit mit Wechsel zwischen Stehen und Sitzen versucht werden; lÄ¼ngerfristig sei eine soziale Reintegration empfehlenswert. Genaue Angaben Ä¼ber den zeitlichen Umfang und den mÄ¼glichen Beginn einer ArbeitstÄ¼tigkeit seien nicht mÄ¼glich (Urk. 17/41/2 lit. d, e).

E. 3.8

Mit Schreiben vom 7. April 2000 (Urk. 17/87/2) informierte Dr. E.____ die Rechtsvertreterin des BeschwerdefÄ¼hrers Ä¼ber dessen aktuellen Zustand: WÄ¼hrend der letzten Monate sei es zur deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen; insbesondere seien vermehrt RÄ¼ckenschmerzen mit wiederholten Blockierungen sowohl im Nacken- als auch im Lendenbereich aufgetreten, wobei der BeschwerdefÄ¼hrer auf lÄ¼nger andauernde hochdosierte analgetische Therapie angewiesen gewesen sei. Aufgrund der therapeutisch kaum beeinflussbaren RÄ¼ckenschmerzen, die bei den bekannten radiologischen VerÄ¼nderungen der WirbelsÄ¼ule recht glaubhaft seien, bestehe auch eine deutliche depressive Entwicklung. Er sei sicher nicht mehr in der Lage, Arbeiten mit vermehrtem Pensum auszuÄ¼ben. Eine Revision mit ErfÄ¼llung der IV-Rente bis auf 80

% sei angebracht. Eine körperlich nicht belastende Tätigkeit wäre für maximal drei Stunden pro Tag zumutbar (Urk. 17/87/2 lit. d, e).

E. 3.9

Mit Bericht vom 24. September 2001 (Urk. 17/40) diagnostizierte Dr. E.____ ein chronisches lumboradikulares Reizsyndrom bei medialer Diskushernie L5/S1 und extraforaminaler Diskushernie L4/5 links; ein chronisches Thorakovertebralsyndrom bei skoliotischer Fehlhaltung der Wirbelsäule und medialer Diskushernie Th7/8; ein chronisches zervikoradikulares Reizsyndrom C7 beidseitig bei medialer Diskushernie C7/C8 sowie eine schwere depressive Entwicklung (Urk. 17/40 lit. A). Es sei eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, insbesondere seien vermehrt Thorakalgien mit gartelförmigen, vorwiegend radikulären Ausstrahlungen bei radiologisch verifizierter medialer Diskushernie Th7 und 8 aufgetreten. Der psychische Zustand des Beschwerdeführers habe sich eher verschlechtert, obwohl er in psychiatrischer Betreuung stehe und antidepressive Medikamente erhalte. Die Wiedereingliederung bei der A.____ mit zwei Stunden Arbeit pro Tag sei ein Krampf für ihn. Seitdem er arbeite, brauche er mehr Analgetika sowie ein- bis zweimal pro Woche Spritzen, da er die Rückenschmerzen kaum aushalten könne. Unter diesen Umständen sei eine weitere Verbesserung sowohl des Gesundheitszustandes wie auch der Arbeitsfähigkeit kaum zu erwarten; der Invaliditätsgrad sei auf 80 % zu erhöhen (Urk. 17/40 lit. D). Das Konzentrations- und Auffassungsvermögen sowie die Belastbarkeit seien eingeschränkt. In der bisherigen Tätigkeit seien dem Beschwerdeführer zwei Stunden Arbeit pro Tag zumutbar (Urk. 17/40 S. 4).

E. 3.10

Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stützte sich in seinem Gutachten vom 29. März 2002 (Urk. 17/38) auf die vorhandenen Akten und seine eigenen Befunde (Urk. 17/38 S. 1 f.). Zu seiner aktuellen Situation gebe der Beschwerdeführer unter ostentativem Griff in die Lumbalregion an, dass er wegen Rückenbeschwerden nicht arbeiten könne. Diese seien sehr stark; er wisse nicht einmal, wie er liegen solle, und schlafe nachts zwei bis drei Stunden. Das linke Bein schmerze ihn und er habe oft sehr starke Kopfschmerzen (Urk. 17/38 S. 6). Wenn es ihm gesundheitlich besser ginge, würde er gerne eine Arbeit verrichten, die etwas leichter sei als die bisher durchgeführte. Welcher Art diese Arbeit sein könnte, wisse er nicht (Urk. 17/38 S. 7).

In seinen Schilderungen sei der Beschwerdeführer völlig auf das Somatische ausgerichtet. Er sei gar nicht in der Lage, seine psychische Befindlichkeit auch nur in Ansätzen anschaulich zu schildern. Er präsentiere sich, als ob er sich mit seinem Invalidendasein abgefunden hätte. Zukunftsperspektiven könne er keine erkennen, ausser dass er nach Portugal zurückkehren möchte. Bei der Testuntersuchung gebe er sich dilatorisch, umständlich und insbesondere ohne jegliche Motivation, sich mit einer Testaufgabe ernsthaft zu beschäftigen (Urk. 17/38 S. 7).

Bei der Begutachtung habe der Beschwerdeführer einen völlig resignierten, dysthym-dysphorisch herabgestimmten Eindruck hinterlassen. Er habe eine verlangsamte Psychomotorik, eine schmerzgezeichnete Mimik, eine erschwerte Auffassung und nicht zuletzt eine völlig fehlende Motivation mit Bezug auf die Tests gezeigt, wobei keinerlei Arbeitsmotivation erkennbar gewesen sei. Auch sonst habe er kaum eine Motivation erkennen lassen, etwas an seiner traurigen Situation verändern zu wollen. Er habe eine

rein passiv-delegierende Heilserwartung gezeigt und schien überhaupt nicht nachvollziehen zu können, dass auch von ihm ein Beitrag zur Überwindung der bereits erheblichen körperlichen Dekonditionierung gefordert werden konnte. Die Intelligenz liege auf tiefem Niveau; für eine Umschulung in eine mentale Ansprüche stellende Tätigkeit komme er nicht in Frage (Urk. 17/38 S. 12).

Eine eigentliche klinische Depression liege nicht vor. Fatal sei die Tatsache, dass Dr. E. dem Beschwerdeführer wöchentlich Spritzen verabreiche, was diesen in der Annahme bekräftige, schwer krank und invalid zu sein. Damit werde die Invalidität des Beschwerdeführers zementiert. Diesem sei gemäss eigener Aussagen daran gelegen, mit Rente in seine Heimat zu gehen, um dort sein weiteres Leben zu verbringen. Psychosozial sei er in der Schweiz nicht im Mindesten integriert, was sich sehr eindrücklich an seinen mangelnden Deutschkenntnissen manifestiere (Urk. 17/38 S. 12). So, wie er sich anlässlich der Begutachtung präsentiert habe, sei er vernünftigerweise keinem Arbeitgeber auch nur stundenweise zumutbar (Urk. 17/38 S. 13 oben).

Diagnostisch sei von einer massiven psychischen Überlagerung körperlicher Beschwerden auszugehen, wobei im weitesten Sinne von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Sinne von ICD-10 F45.4 auszugehen sei. Es sei gerechtfertigt, im vorliegenden Fall auch von einer Schmerzverarbeitungsstörung zu sprechen. Da die Beschwerden sich offensichtlich kontinuierlich ausweiteten, was sicher auch mit der zunehmenden körperlichen Dekonditionierung zusammenhänge, könne auch von einer Symptomausweitung gesprochen werden. Darunter verstehe man ein invalidisierendes, unter dem Einfluss psychosozialer Faktoren erlerntes und aufrecht erhaltenes Überzeugungs- und Verhaltensmuster, bei welchem das meist aggravierte Beklagen und ostentative Zeigen von vorhandenen Symptomen dazu diene, Umfeld, Lebensumstände und psychiatrisches Gleichgewicht unter Kontrolle zu halten (Urk. 17/38 S. 13).

Es sei davon auszugehen, dass eine mittelgradige Aggravation vorliege, indem diffuse Rückenbeschwerden, aber auch eine psychische Beeinträchtigung aggraviert und ein globales Nicht-mehr-können zumindest vorgetäuscht werde (Urk. 17/38 S. 15 oben). Eine Einsicht in psychosomatische Zusammenhänge sei nicht vorhanden, was die Situation zusätzlich erschwere (Urk. 17/38 S. 15 unten).

E. 3.11

Am 26. April 2002 (Urk. 17/37) beantwortete Dr. H. in einem Nachtrag zu seinem Gutachten vom 29. März 2002 die Ergänzungsfrage der Beschwerdegegnerin nach der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wie folgt: Es liege insgesamt weniger ein psychiatrisches als vielmehr ein motivationales Problem vor. Unter Ausklammerung der verschiedenen IV-fremden Faktoren sei dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht nach wie vor eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar (Urk. 17/37).

E. 3.12

Dr. med. I., Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte in seinem zuhanden von Dr. E. erstatteten Bericht vom 17. September 2002 (Urk. 6/3) ein wahrscheinlich posttraumatisches cervico-cephales und lumbales Schmerzsyndrom bei Status nach Überdehnungstrauma der HWS und stumpfem Contusionstrauma der LWS am 21. 2. 1993 im Rahmen eines Autounfalls mit Frontalkollision (Urk. 6/3 S. 1). Das panvertebrale Schmerzsyndrom mit Schwerpunkten zervikal und lumbal beziehe der Beschwerdeführer auf den Autounfall vom 21. Februar 1993, bei dem er heftige

Schläge im Nacken und im Kreuz erhalten habe. Er schildere Nacken- und Kopfschmerzen sowie lumbale Schmerzen, die einem solchen Trauma zwanglos zugeordnet werden könnten. Der Heilverlauf sei allerdings ungewöhnlich lang und es sei nicht bekannt, ob dieser auch ausreichend dokumentiert sei. Eine Stellungnahme zur Unfallkausalität sei daher nicht möglich. Aus neurologischer Sicht bestünden keine Hinweise für eine relevante Schädigung am Nervensystem. Betreffend Arbeitsfähigkeit sei die Situation ebenfalls schwierig einschätzbar; die Motivation für eine Reintegration in den Arbeitsprozess scheine beim Beschwerdeführer eher gering zu sein. Eine gewisse Restarbeitsfähigkeit sei vorhanden und werde auf 20-30 % geschätzt (Urk. 6/3 S. 3).

E. 3.13

Das MEDAS-Gutachten des Instituts L.____ wurde am 13. Juni 2003 erstattet (Urk. 17/35) und basierte auf den vorhandenen Akten und auf einer internistischen, einer psychiatrischen und einer rheumatologischen Untersuchung (Urk. 17/35 S. 1, Ziff. 2.1). Die Diagnose ergab folgendes (Urk. 17/35 Ziff. 5.1):

"Chronisches Schmerzsyndrom mit massiver psychischer Überlagerung (ICD-10 F54)

- zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom (ICD-10 M54.8) mit diffuser spondylogener Komponente sowie Generalisierungstendenz und Schmerzausweitung

- chronische Schmerzverarbeitungsstörung

- mediolaterale Diskushernie L4/5 links sowie mediane Diskushernie L5/S1, Spondylarthrosen L5/S1, mediane Diskushernie C7/8 sowie Th7/8 ohne Neurokompression, Chondrosen C3-6

- Wirbelsäulen-Fehlform, -Fehlhaltung und muskuläre Insuffizienz sowie Dysbalance, betont vom Beckenquertyp

- differentialdiagnostisch: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)".

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit wurde festgehalten, dass dieser jahrelang eine körperlich belastende Tätigkeit im Paketdienst ausgeübt habe, so dass bei ihm aufgrund der verminderten Belastbarkeit der Wirbelsäule in dieser Tätigkeit eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus rheumatologischer Sicht bestehe. Diese Einschränkung könne ab dem 16. Februar 1998 angenommen werden (Urk. 17/35 Ziff. 6.1.2).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in anderen Tätigkeiten stehe entsprechend den geklagten Beschwerden die Evaluation aus Sicht des Bewegungsapparates im Vordergrund. Der 1993 erlittene Unfall sei ohne Relevanz. Aus rheumatologischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine adaptierte, leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit ohne Heben, Ziehen und Stossen von Lasten über 10 kg, durchgeführt in Wechselbelastung, ohne die repetitive Einnahme von Zwangshaltungen und ohne Wirbelsäulentorsionsfunktionen, uneingeschränkt zumutbar. Aus internistischer Sicht bestehe keine Diagnose, die die Arbeitsfähigkeit tangieren würde. Aus psychiatrischer Sicht könne keine affektive Störung im Sinne einer Depression abgegrenzt werden. Aufgrund der Schmerzfehlverarbeitung seien dem Beschwerdeführer den allfälligen somatischen Einschränkungen angepasste Tätigkeiten ganztags zumutbar. Es könne dabei eine gewisse Verlangsamung und Leistungseinbuße von allerhöchstens 20 %

attestiert werden. In der Konsensbesprechung präsentierte sich eine ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung, die aufgrund der vorliegenden, objektivierbaren Befunde aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar sei. Aufgrund der objektivierbaren Befunde sei dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte und adaptierte Tätigkeit, wie beispielsweise auch die zuletzt bei der A. ___ nach der internen Umteilung durchgeführte, ganztagig mit einer Leistungseinschränkung von maximal 20 % zumutbar (Urk. 17/35 Ziff. 6.1.3).

Ob überhaupt eine 20%ige Einschränkung attestiert werden könne und solle, sei durchaus diskussionswürdig. Es gebe handfeste Hinweise auf eine Simulation, indem der Beschwerdeführer die von ihm angegebenen Medikamente - entgegen seiner Beteuerung - aufgrund des nicht nachweisbaren Serumspiegels objektiv gar nicht einnehme. Noch viel entscheidender sei die Tatsache, dass eine deutliche Hand- und Fingerbeschwellung beidseitig festgestellt werden könne, was mit der von ihm angegebenen Nichttätigkeit für sämtliche Arbeiten nicht vereinbar sei. Vor diesem Hintergrund und den offensichtlichen Simulationshinweisen sei also die 20%ige Leistungseinbusse bei ganztagiger Zumutbarkeit durchaus als sehr grossartig zu erachten (Urk. 17/35 S. 20 unten).

Für die massive Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers und der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer ganztagigen Arbeit mit 20%iger Leistungseinschränkung müssten IV-fremde Gründe wie die sprachlichen, schulischen und beruflichen Voraussetzungen sowie insbesondere der massive sekundäre Krankheitsgewinn herangezogen werden, indem der Beschwerdeführer aus nicht nachvollziehbaren Gründen eine 85%ige Berentung durch die A. ___ und eine halbe Invalidenrente habe erwirken können (Urk. 17/35 Ziff. 6.1.4).

Aus somatischer Sicht gebe es keine Differenzen zum letzten MEDAS-Gutachten von 1999 und psychiatrisch seien aktuell keine wesentlich von der früheren Beurteilung abweichenden Befunde gegeben. Nie sei eine relevante affektive Störung festgestellt worden; entsprechend könne auch die früher attestierte Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Dass bei der aktuellen Beurteilung eine mindestens partielle Simulation festgestellt worden sei, relativiere die früheren Befunde zusätzlich (Urk. 17/35 Ziff. 6.1.5).

Auch rückwirkend könne die 50%ige Rente nicht nachvollzogen werden. Letztlich müsse die Beschwerdegegnerin entscheiden, ab wann die 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit anzunehmen sei; mit Sicherheit ab dem 15. April 2003, dem Datum der aktuellen Untersuchung (Urk. 17/35 S. 21 f. Ziff. 6.1.7). Weder der Unfall von 1993 selbst noch die anschliessende 5jährige volle Arbeitsfähigkeit im körperlich doch schwer belastenden Paketdienst der A. ___ liessen eine Einschränkung durch das Unfallereignis im Geringsten als nachvollziehbar erscheinen (Urk. 17/35 Ziff. 7.1).

E. 3.14

Dr. I. ___ berichtete am 17. Oktober 2003 zuhanden der Rechtsvertreterin erneut über den Zustand des Beschwerdeführers (Urk. 6/5 = Urk. 17/54/1). Gegenstand seiner Untersuchung sei ein inzwischen chronisches und weitgehend therapieresistentes zerviko-zephalales und lumbales Schmerzsyndrom, welches auf einen am 21. Februar 1993 erlittenen Autounfall zurückzuführen sei. Dabei habe der Beschwerdeführer ein Überdehnungstrauma der Halswirbelsäule, eine stumpfe Kontusion der

Lendenwirbelsäule und gemäss Akten eine Hirnerschütterung erlitten. Es habe sich bei dem Unfall um eine Frontalkollision gehandelt (Urk. 6/5 S. 1).

Im L.____-Gutachten komme man zu einem völlig unrealistischen Resultat. Aufgrund der aktuellen Befunde und Beschwerden sei eine solche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht haltbar. Beim erlittenen Unfall seien erhebliche Verletzungen entstanden, die zu bleibenden Gesundheitsschäden geführt hätten. Es seien dies die chronischen Schmerzen, die inzwischen entlang der gesamten Wirbelsäule mit Schwerpunkt zervikal und lumbal sowie mit zusätzlichen Reizerscheinungen in den linken Extremitäten auftraten. Es bestehe eine erhebliche Bewegungseinschränkung der gesamten Wirbelsäule mit deutlich verdickter und druckdolenter paravertebraler Muskulatur. Solche Beschwerden und Befunde liessen keine volle Arbeitsfähigkeit mehr zu, auch nicht im angepassten Bereich. Die Arbeitsfähigkeit betrage für leichte und somit der Behinderung adaptierte Tätigkeiten maximal 50 %. Im angestammten Bereich im Paketdienst der A.____ bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr (Urk. 6/5 S. 2).

E. 3.15

Dr. med. J.____, Spezialarzt für Neuroradiologie an der Klinik M.____, führte in seinem Bericht vom 18. Oktober 2003 (Urk. 6/6 = Urk. 17/54/2) aus, dass sich weder zervikal noch lumbal eine radikuläre Kompression zeige. Die Osteochondrose und Spondylose sei bei C4/5 und C5/6 akzentuiert. Am eindrücklichsten sei die zervikale Spondylarthrose bei C5/6 links. Eine ganz kleine Diskushernie intraforaminär bestehe links, ohne radikuläre Kompression, sowie leichte Osteochondrosen L4/5 und L5/S1. Es fänden sich erhebliche Scheuermann Residuen mit Sekundärdegeneration am thorakalen Übergang, dabei keine Einengung des dargestellten Spinalkanals (Urk. 6/6 S. 1 unten f.).

E. 3.16

Am 27. Oktober 2003 (Urk. 6/7 = Urk. 17/34) hielt Dr. E.____ zuhänden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers fest, dass sich bei diesem radiologisch fortgeschrittene degenerative Veränderungen auf der Höhe C4/5 und C5/6 mit deutlichen Spondylarthrosen links zeigten, welche seine zum Teil spondylogenen, zum Teil radikulären Beschwerden am linken Arm hinreichend erklärten. Zur Zeit ständen die Lumboischialgien mit Ausstrahlungen ins linke Bein mit Wurzelbeteiligung L5 bei linksseitiger Diskushernie L4/5 und L5/S1 im Vordergrund. Da sich der Gesundheitszustand gegenüber Voruntersuchungen nicht wesentlich verschlechtert habe, bestehe ein eher wechselnder Verlauf mit periodischen Exazerbationen der radikulären Zeichen, wobei die Arbeitsfähigkeit in ausschliesslich rückenschonender Arbeit im Maximum auf 50 % einzuschätzen sei. Unabhängig von der psychiatrischen Beurteilung sei der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht zu 50 % auf Dauer arbeitsunfähig und invalide (Urk. 6/7).

E. 3.17

Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 29. Januar 2004 zuhänden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers und gestützt auf vorhandene Akten sowie seine eigenen Befunde ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 12 S. 1). Der Beschwerdeführer leide seit einem Verhebetrauma im Februar 1998 an einem chronifizierten Panvertebralsyndrom mit Erstmanifestation der lumbalen Schmerzen ca. 1990, Verschlechterung der lumbalen sowie Erstmanifestation der cervicalen Schmerzen seit dem Autounfall 1993 und seit 1998 mit zusätzlicher Erstmanifestation der Schmerzen

thorakal. Seit 1998 hätten die Beschwerden trotz intensiver ambulanter Therapie tendenziell zugenommen, das Zustandsbild habe sich seit zirka 1999 in einem invalidisierenden chronischen lumbal- und zervikalbetonten Schmerzsyndrom des Rückens mit Ausbreitung in andere Körperregionen, insbesondere in die oberen und unteren Extremitäten sowie in den Kopf stabilisiert (Urk. 12 S. 8 unten f.).

Aufgrund der Divergenz zwischen den offenbar geringen objektiven Befunden und dem angegebenen, mindestens seit sechs Monaten kontinuierlichen, an den meisten Tagen anhaltenden Schmerz in einem Körperteil, der nicht adäquat durch den Nachweis eines physiologischen Prozesses oder einer körperlichen Störung erklärt werden könne und der anhaltend der Hauptfokus für die Aufmerksamkeit eines Patienten sei, handle es sich aus psychiatrischer Sicht um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4); insbesondere deshalb, weil sonst keine andere psychiatrische Störung gleichzeitig auftrete. Die im MEDAS-Gutachten des Instituts L. ___ erwähnte Bedingung, dass für die Diagnose einer somatoformen Störung zusätzlich eine Verbindung zu einem emotionalen Konflikt oder psychosozialen Problem bestehen müsse, werde im klinischen Alltag seit Jahren nicht mehr angewendet (Urk. 12 S. 9).

Es bestünden Hinweise für eine Aggravation im Sinne einer Verdeutlichung und Verschlimmerung einer bestehenden Symptomatik, die zum Teil auf dem Boden unbewusster, zum Teil bewusster Motivation entstehe und in einem engen Zusammenhang mit dem Krankheitsbild stehe. Die im MEDAS-Gutachten des Instituts L. ___ angeblich festgestellten „handfesten“ Hinweise für eine Simulation hätten nicht konstatiert und absolut nicht nachvollzogen werden können. Das Verhalten des Beschwerdeführers könne durchaus aufgrund seiner Schmerzwahrnehmung verstanden werden. Insbesondere habe keine deutliche beidseitige Hand- und Fingerbeschwellung konstatiert werden können. Darüber hinaus habe der Beschwerdeführer darauf hingewiesen, dass er die antidepressiven Medikamente wegen Magen-Darm-Beschwerden phasenweise abgesetzt habe, was wahrscheinlich auch vor der MEDAS-Begutachtung in L. ___ geschehen sei, weshalb der entsprechende Serumspiegel offenbar nicht im messbaren Bereich gewesen sei. Die Inkonsistenzen bezüglich der anamnестischen Angaben des Beschwerdeführers stünden weniger im Zusammenhang mit einer Aggravation als viel mehr mit seiner mangelhaften Intelligenz sowie den herabgesetzten kognitiven und mnестischen Funktionen (Urk. 12 S. 9 f.).

Aufgrund der aktuellen Beschwerden und Befunde sei der Explorand für eine schwere und mittelschwere Arbeit, auch für die Arbeit im angestammten Beruf im Paketdienst der A. ___, infolge seiner Rückenproblematik zu 100 % arbeitsunfähig. Die Arbeitsfähigkeit für leichte, der Behinderung angepasste Tätigkeiten betrage medizinisch-theoretisch aus psychiatrischer Sicht allerhöchstens 40 %. Aus praktischer Sicht sei es jedoch illusorisch anzunehmen, dass eine solche Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne, da vor einigen Jahren eine Arbeitsfähigkeit von 20 % für leichte Arbeiten nicht realisierbar gewesen sei und das Schmerzsyndrom sich seither weiter in Richtung einer andauernden Persönlichkeitsveränderung im Sinne von ICD-10 F62 chronifiziert habe. Die Differenz zwischen medizinisch-theoretischer und tatsächlicher Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeiten sei mit IV-fremden Faktoren, insbesondere mit der einfachen Persönlichkeitsstruktur, der mangelnden Intelligenz sowie der spärlichen Ausbildung des Beschwerdeführers, und nicht mit einem sekundären Krankheitsgewinn zu erklären, da dieser insgesamt mehr verloren als gewonnen habe. Von einer

psychiatrischen Behandlung sei keine günstige Veränderung des Zustandsbildes zu erwarten (Urk. 12 S. 10).

Obschon ähnliche Unfälle mit Schädel-Hirntrauma und Distorsion der Halswirbelsäule wie der 1993 vom Beschwerdeführer erlittene auch nach einer Latenzzeit zu chronisch-rezidivierenden Nacken- und Kopfschmerzen führen könnten, sei es aufgrund des langen und unzureichend dokumentierten Verlaufs nicht möglich, dazu Stellung zu nehmen (Urk. 12 S. 10).

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer ursprünglichen Rentenzusprache vom 12. September 2000 (Urk. 17/24) auf die Beurteilungen der Klinik D. ____, von Dr. E. ____, der MEDAS B. ____, und des behandelnden Psychiaters Dr. G. ____, (Urk. 17/25 S. 2; vgl. vorstehend Erw. 3.1-8).

E. 4.2

Die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als Mitarbeiter im Paketdienst der A. ____ wurde vor der Rentenzusprache vom 12. September 2000 aus ärztlicher Sicht auf 100 % geschätzt (Urk. 17/46 Ziff. 4.1, Urk. 17/45/1 Ziff. 5.2). Zur Frage der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wurden, wie nachfolgend zu zeigen ist, unterschiedliche Angaben gemacht.

E. 4.3

In ihrem Bericht vom 21. Juli 1998 (Urk. 17/47/2) machten die Ärzte der Klinik D. ____ keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, da die Beurteilung eines Anspruchs auf Rente erst nach Durchführung der stationären Abklärung mit Rückenrehabilitation vorgenommen werden könne (Urk. 17/47/1). Am 12. Oktober 1998 (Urk. 17/44/2) wurde aus rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in körperlich leichter Tätigkeit attestiert, wobei zunächst ein 50%iges Pensum - mit späterer Steigerung - aufgenommen werden sollte (Urk. 17/44/2 S. 3).

E. 4.4

Dr. E. ____ hielt in ihrem Bericht vom 10. August 1998 leichtere Speditions- und Büroarbeiten zu zirka 50 % zumutbar, konnte aber nicht sagen, ab wann (Urk. 17/46 S. 3 lit. c-e). Am 11. Februar 2000 gab Dr. E. ____ an, dass nach wie vor bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, liess aber offen, welche Tätigkeit dies betrifft (Urk. 17/42 Ziff. 5). Das Schreiben vom 7. April 2000 (Urk. 17/87/2) enthielt sodann die Angabe, dass eine körperlich nicht belastende Tätigkeit für maximal drei Stunden am Tag zumutbar wäre.

E. 4.5

Das Gutachten der MEDAS B. ____ vom 27. September 1999 (Urk. 17/45/1) attestierte dem Beschwerdeführer in einer körperlich leichten, rückenangepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, wobei die Einschränkung vorwiegend auf psychische Faktoren zurückgeführt wurde (Urk. 17/45/1 Ziff. 5.2).

E. 4.6

Dr. G. ____ war in seinem Bericht vom 10. März 2000 (Urk. 17/41) der Meinung, es solle eine leichte Tätigkeit mit Wechsel zwischen Stehen und Sitzen versucht werden, machte aber keine Angaben zum zeitlichen Umfang und dem möglichen Beginn einer

Arbeitsfähigkeit (Urk. 17/41/2 lit. d-e).

E. 4.7

Die Beschwerdegegnerin ging von einer Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 50 % aus und errechnete entsprechend einen IV-Grad von 60 % (Urk. 17/25 S. 2 unten f.). Dies ist nicht zu beanstanden, insbesondere da eine MEDAS-Begutachtung veranlasst wurde, bei der unter Einbezug aller vorhandener Akten und nach einer umfangreichen rheumatologischen wie auch psychiatrischen Untersuchung des Beschwerdeführers dessen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auf 50 % festgelegt worden war. Dieses Gutachten entsprach den praxisgemässen Erfordernissen (vgl. vorstehend Erw. 1.4) und vermag von den weiteren Arztberichten nicht entkräftet zu werden: Den Berichten von Dr. E.____ (vgl. vorstehend Erw. 4.4) mangelte es an einer hinreichend aussagekräftigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, indem der zeitliche Beginn einer allenfalls verbleibenden Restarbeitsfähigkeit nicht festgelegt und eine Konkretisierung der angegebenen vollständigen Arbeitsunfähigkeit - für die bisherige oder eine behinderungsangepasste Tätigkeit - offengelassen wurde. Was das Schreiben von Dr. E.____ vom 7. April 2000 (Urk. 17/87/2) angeht, so handelt es sich dabei lediglich um ein Informationsschreiben zuhanden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, das den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht nicht zu genügen vermag (vgl. vorstehend Erw. 1.4). Dr. G.____ äusserte sich sodann nicht klar zum zeitlichen Umfang und möglichen Beginn der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend Erw. 4.6), und die Ärzte der Klinik D.____ hatten lediglich - wenn auch eine psychiatrische Behandlung empfohlen wurde (vgl. Urk. 17/44/2 S. 3) - eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht vorzunehmen (vgl. vorstehend Erw. 4.3).

E. 5.1

Im Rahmen des vom Beschwerdeführer am 23. August 2001 infolge möglicher Verschlechterung seines Gesundheitszustandes veranlassten Revisionsverfahrens (Urk. 17/84) holte die Beschwerdegegnerin ein neues psychiatrisches Gutachten ein (Urk. 17/22). Darin kam Dr. H.____ nach der Durchführung verschiedener Tests und unter Einbezug der Akten zum Schluss, dass unter Ausklammerung der verschiedenen IV-fremden Faktoren dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht nach wie vor eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar sei (Urk. 17/37). Dem im Vorbescheidverfahren ergangenen Hinweis des Beschwerdeführers auf ein 1993 bei einem Autounfall möglicherweise erlittenes Schleudertrauma (Urk. 17/16) entgegnete die Beschwerdegegnerin, dass allfällige Auswirkungen dieses Unfalles im MEDAS-Gutachten von 1999 auch ohne direkte Kenntnis des Vorfalls berücksichtigt worden seien (Urk. 17/14 S. 1). In diesem MEDAS-Gutachten wurde ein solcher Unfall jedoch ausdrücklich erwähnt, indem der Beschwerdeführer selbst angab, dass ihm 1993 wegen Trunkenheit am Steuer bzw. Autounfall für vier Monate der Führerschein entzogen worden sei (Urk. 17/45/2 S. 2 unten). Dennoch wies er - obwohl bereits juristisch vertreten (vgl. Urk. 17/32) - anlässlich der MEDAS-Begutachtung nicht auf mögliche Folgen dieses Unfalls hin. Es erscheint deshalb wenig überzeugend, dass sich der Beschwerdeführer erst im Mai 2002 (Urk. 17/16), nach Erhalt des Vorbescheids der IV-Stelle, wonach seine Rente nicht erhöht werde (Urk. 17/17), daran erinnert.

In der Folge wies die Beschwerdegegnerin in Bestätigung der bisher zugesprochenen halben Rente das Revisionsbegehren mit Verfügung vom 24. Juli 2002 ab, da die Überprüfung des Invaliditätsgrades des Beschwerdeführers keine rentenbeeinflussende Änderung ergeben habe (Urk. 17/14 S. 2).

E. 5.2

Aufgrund des am 29. Juli 2002 gestellten Wiedererwägungsgesuches, in dem nochmals Abklärungen bezüglich möglicher Folgen eines möglicherweise erlittenen Schleudertraumas beantragt wurden (Urk. 17/74), veranlasste die Beschwerdegegnerin erneut eine MEDAS-Begutachtung des Beschwerdeführers (Urk. 17/10). In der Zwischenzeit nahm Dr. I. ___ am 17. September 2002 zuhause von Dr. E. ___ Stellung zum möglichen Schleudertrauma (Urk. 6/3) und hielt fest, dass der Heilverlauf ungewöhnlich lang und wohl nicht ausreichend dokumentiert sei, weshalb nichts zur Unfallkausalität gesagt werden könne. Auch die Arbeitsfähigkeit sei schwierig einzuschätzen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. I. ___ trotz dieser Erkenntnisse eine Restarbeitsfähigkeit von 20-30 % annimmt (Urk. 6/3 S. 3).

E. 5.3

Das MEDAS-Gutachten des Instituts L. ___ vom 13. Juni 2003 (Urk. 17/35) vermag den praxisgemässen Anforderungen grundsätzlich zu genügen (vgl. vorstehend Erw. 1.4). Darin wurde festgehalten, dass aus somatischer Sicht keine Differenzen zum MEDAS-Gutachten von 1999 bestanden und psychiatrisch keine wesentlich von der früheren Beurteilung abweichende Befunde gegeben seien (Urk. 17/35 Ziff. 6.1.5). Der 1993 erlittene Unfall sei ohne Relevanz; weder der Unfall selbst noch die anschliessende fünfjährige volle Arbeitsfähigkeit im Paketdienst liessen eine Einschränkung durch das Unfallereignis als nachvollziehbar erscheinen (Urk. 17/35 S. 20 oben, Ziff. 7.1). Hingegen wurde die Arbeitsfähigkeit abweichend beurteilt, indem in der angestammten Tätigkeit ab dem 16. Februar 1998 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und in angepasster Tätigkeit ab dem 15. April 2003 eine maximal 20%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Urk. 17/35 Ziff. 6.1.8).

E. 5.4

Aufgrund des MEDAS-Gutachtens des Instituts L. ___ verfügte die Beschwerdegegnerin am 27. August 2003 die Aufhebung der halben Rente per Ende September 2003, da der aktuelle Gesundheitszustand des Beschwerdeführers eine behinderungsangepasste Tätigkeit ganztags mit einer maximalen Leistungseinschränkung von 20 % erlaube (Urk. 3 S. 1 unten). Errechnet wurde ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 27 % (Urk. 3 S. 2). Dabei wurde folgendes ausgeführt (Urk. 3 S. 1):

■ Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit wird die Leistung von dem Zeitpunkt an herabgesetzt oder aufgehoben, in dem angenommen werden kann, dass die Verbesserung voraussichtlich länger andauern wird. Sie muss auf jeden Fall berücksichtigt werden, wenn sie ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVV)). ■

Art. 88a IVV betrifft den Revisionsfall. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Auch eine erhebliche Veränderung der

erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes kann einen Revisionsgrund darstellen; nicht jedoch die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (vgl. vorstehend Erw. 1.1).

5.5. Im MEDAS-Gutachten des Instituts L. ___ 2003 wird festgehalten, dass sich die erhobenen Befunde im Vergleich zum MEDAS-Gutachten 1999 nicht verändert hätten (Urk. 17/35 S. 21 Ziff. 6.1.5) und dass das Unfallereignis vom 21. Februar 1993 für diese Beurteilung irrelevant sei (Urk. 17/35 S. 13 Ziff. 4.1.4). Damit ist bereits gesagt, dass lediglich eine andere Einschätzung des im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes vorlag: Der Gesundheitszustand und somit auch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben sich nicht verändert, letztere wird aber von den Ärzten des Instituts L. ___ anders eingeschätzt (vgl. auch Urk. 17/6 S. 2). Dieser Auffassung war auch die Beschwerdegegnerin, indem sie im angefochtenen Entscheid darauf hinwies, dass praktisch dieselben Befunde erhoben würden, jedoch die Arbeitsfähigkeit anders beurteilt werde, da die vorliegenden Befunde keine wesentliche behinderungsbedingte Einschränkung belegen könnten (Urk. 2 S. 2 lit. h). Aus revisionsrechtlicher Sicht ist eine lediglich andere Beurteilung eines an sich gleich gebliebenen Sachverhaltes jedoch unerheblich (vgl. vorstehend Erw. 1.1).

5.6. Ergänzend ist festzuhalten, dass das MEDAS-Gutachten des Instituts L. ___ im Vergleich mit den übrigen medizinischen Akten nicht überzeugt. Eine ins Gewicht fallende abweichende Beurteilung liegt nur bezüglich der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit vor, während in somatischer Hinsicht über eine volle Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit Übereinstimmung herrscht. Psychiatrisch wurde der Beschwerdeführer durch die MEDAS B. ___ (Urk. 17/45/2) und - vertieft - durch Dr. H. ___ (Urk. 17/37 und 38) abgeklärt, wobei in beiden Gutachten eine Aggravierung festgestellt und in die Beurteilung der Übereinstimmend auf 50 % festgelegten Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht einbezogen wurde (vgl. vorstehende Erwägungen 3.4 und 3.10). Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit deckt sich weitgehend mit den weiteren psychiatrischen Beurteilungen. Während der behandelnde Psychiater Dr. G. ___ zum Umfang der Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht Stellung nahm, diese aber im Grundsatz bestätigte (vgl. vorstehend Erwägung 3.7), hat Dr. K. ___ - unter besonderer Berücksichtigung der Aggravation - im Privatgutachten vom 29. Januar 2004 eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 60 % attestiert (vgl. vorstehende Erwägung 3.17). Gegen diese im Kern übereinstimmenden fachärztlichen Beurteilungen kommt das MEDAS-Gutachten des Instituts L. ___ nicht an. Denn in diesem Gutachten wird nicht überzeugend dargelegt, warum aus psychiatrischer Sicht trotz gleichen Befunden von einer höchstens 20%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Der Umstand der angenommenen (teilweisen) Simulation vermag zwar die Einschätzung der L. ___-Gutachter zu erklären, doch kann dies die anderen fachärztlichen Beurteilungen, die unter Berücksichtigung der Aggravation beziehungsweise der Simulation übereinstimmend eine höhere Arbeitsunfähigkeit feststellten, nicht entkräften. Eine Gesamtwürdigung der psychiatrischen Beurteilungen führt daher zum Schluss, dass im massgebenden Zeitpunkt des Einspracheentscheides in psychiatrischer Hinsicht bei im Wesentlichen unveränderten Gesundheitsverhältnissen weiterhin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers gegeben war.

Damit sind revisionsrechtlich die Voraussetzungen weder für eine Aufhebung noch für eine Erhöhung der bisherigen halben Rente gegeben.

E. 6

6.1 Liegen keine Revisionsgründe vor, so kann eine Rentenverfälschung nur nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfälschungen geltenden Regeln abgeändert werden. Voraussetzung für eine Wiedererwägung ist, dass die fragliche Verfälschung zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Wenn neue Tatsachen oder neue Beweismittel entdeckt werden, die geeignet sind, zu einer andern rechtlichen Beurteilung zu führen, so muss eine Wiedererwägung vorgenommen werden (vgl. vorstehend Erw. 1.2).

6.2 Nachdem sich ergeben hat, dass die Schätzung der Arbeitsunfähigkeit durch die Gutachter der MEDAS des Instituts L. nicht wegen veränderter Verhältnisse anders ausfiel als die früheren ärztlichen Stellungnahmen, sondern wegen einer andern Würdigung des an sich gleichgebliebenen Sachverhalts, und sich daher die frühere Rentenzusprache nicht als zweifellos unrichtig erweist, kommt auch eine wiedererwägungsweise Aufhebung der ursprünglichen Rentenverfälschung vom 12. September 2000 nicht in Frage.

Die Aufhebung der Rente erweist sich auch bei dieser Betrachtungsweise als unzulässig. Der Einspracheentscheid vom 26. November 2003 ist daher aufzuheben mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer ab September 2003 weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente hat.

7. Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht festgesetzten Ersatz der Parteikosten, die nach dem zu beurteilenden Sachverhalt beziehungsweise nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen sind; als weitere Bemessungskriterien nennen die ergänzenden kantonalen Vorschriften (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht sowie §§ 8 und 9 der Verordnung über die sozialversicherungsgerichtlichen Gebühren, Kosten und Entschädigungen) den Zeitaufwand und die Barauslagen. Unter Berücksichtigung der massgeblichen Kriterien ist die Prozessentschädigung beim praxisgemässen Stundenansatz vom Fr. 135.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 1'400.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzulegen.

Die Kosten eines Privatgutachtens werden ersetzt, wenn sich der Rechtsmittelentscheid darauf abstützt (BGE 115 V 62). Die vom Beschwerdeführer veranlassten Gutachten und Berichte (Urk. 6/5-7, Urk. 12) erweisen sich nach dem Gesagten als nicht entscheidrelevant, weshalb von einem Kostenersatz abgesehen werden kann.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 26. November 2003 aufgehoben wird mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer ab September 2003 weiterhin Anspruch auf ein halbe Invalidenrente hat.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Regula Schwaller

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherung

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige

Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.